N° ~~40.~~

9

ESSAI

SUR

CERTAINS ENGORGEMENTS DES TESTICULES.



Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier, le 8 Mai 1841,

PAR

H. O. HAYN,

NÉ A MIKICIN, TERRITOIRE DE BIALISTOK;

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

Quod potui, sed non quod voluerim.

MONTPELLIER,

Imprimerie et Lithographie de X. JULLIEN, place Marché aux Fleurs, 2.

1841.

A Monsieur

DUBRUEIL,

Chevalier de l'Ordre royal de la Légion d'Honneur, Professeur d'Anatomie à la Faculté de Montpellier, Membre de plusieurs sociétés savantes, etc., etc.

Recevez mes humbles remercimens pour toutes les bontés que vous avez eues pour moi et pour mes compatriotes.

A Monsieur

SERRE,

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine de Montpellier, Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu-St-Eloi, Membre de l'Académie royale de Médecine de Paris, de Gand, etc., etc.

Gage d'estime et de considération.

H. O. HAYN.

A mes Amis,

C. GRYNFELTT, C. KWASIBORSKI, G. ZACHAREWICZ

ET J. SLIZEWICZ.

Je vous réunis dans cette page, comme vous le serez toujours dans mon cœur.

H. O. HAYN.

ESSAI

SUR

CERTAINS ENGORGEMENTS

DES TESTICULES.

Le diagnostic est une des parties les plus importantes de la médecine; toutes les fois que le médecin ou le chirurgien n'établit pas un diagnostic exact, il s'expose à commettre des erreurs graves dans le choix des moyens thérapeutiques.

En examinant l'organisation anatomique du testicule, on peut se rendre raison de la fâcheuse prédilection qu'ont pour lui certaines maladies. Le testicule est un des organes composés des parties les plus vivantes de l'organisme. Tout y jouit de la vie au plus haut degré, tout est vaisseaux et nerfs; là, les maladies se développent avec énergie et rapidité; l'étranglement inflammatoire suit bientôt, puis la suppuration, la désorganisation et la destruction des tissus; et en ajoutant à cela l'influence d'une cause, la constitution, la diathèse, nous verrons se manifester un engorgement inflammatoire, vénérien, scrophuleux, ou cancéreux.

Tous les engorgements du testicule font éprouver des changements de forme dans l'organe, tous présentent quelques caractères communs; de là, la difficulté de les distinguer. Mais, lorsqu'un chirurgien est appelé à explorer le testicule, il doit se représenter à l'esprit un tableau des maladies qui peuvent

attaquer l'organe, pour poser un diagnostic exact et le traitement convenable. La voie d'exclusion est dans ces cas la plus certaine pour différencier les maladies qui ont quelques rapports entr'elles ; et en rapprochant tous les états morbides qui ressemblent le plus à celui qu'on a sous les yeux, et les analysant exactement l'un après l'autre, on parvient à reconnaître celui dont l'existence seule peut être supposée.

Les testicules, comme l'organisme entier de l'homme, peuvent contracter différentes maladies. Ces maladies peuvent être distinguées : 1° en maladies des enveloppes des testicules; 2° en celles qui attaquent le tissu propre de l'organe. Nous passerons sous silence les premières, comme aussi nous arrêterons notre attention particulière, seulement sur certaines maladies que l'organe est susceptible de contracter, c'est-à-dire, que nous nous occuperons, 1° des engorgements inflammatoires et chroniques; 2° des engorgements scrophuleux; 3° des engorgements cancéreux, en démontrant les différences entre ces trois engorgements, pour éviter l'erreur dans le diagnostic et dans le traitement.

1° L'état inflammatoire et chronique des Testicules.

L'inflammation du testicule est très-fréquente dans l'adolescence et dans la virilité, et plus on est avancé en âge, plus rarement cette maladie attaque les sujets. De préférence elle se déclare chez les personnes d'une constitution forte, et d'un tempérament sanguin ; des causes nombreuses donnent lieu à ce genre d'engorgement, comme par exemple : les chutes, les coups, les contusions, les efforts violents, la suppression subite d'une blennorrhagie ou l'irritation de l'urètre, occasionnée par une soude, etc. Une fois que l'organe est dans l'état inflammatoire, il augmente de volume, quelquefois il devient énorme, il est très-douloureux ; une chaleur intense a lieu, le scrotum devient rouge, tendu; le testicule est dur, uniforme, la douleur assez souvent se propage jusqu'au rein et au bas-ventre, et occasionne quelquefois des vomissements; le pouls est fréquent; d'ailleurs il représente tous les symptômes d'un état inflammatoire. Il y a des cas où les cordons spermatiques participent à la douleur et à l'engorgement. Le testicule peut être affecté sympathiquement, comme par exemple, dans l'inflammation

de la glande parotide. Mais peu importe la cause provocatrice, si elle peut développer les engorgemens de différente nature, alors elle est très indifférente dans le diagnostic. Il y a unechose très-remarquable dans l'engorgement du testicule, à la suite de la gonnorrhée, c'est que l'organe entier ne devient jamais dur et rénitent, et l'épididyme reste quelquefois très-long-temps dans un état de dureté semblable à un squirre ; mais tant que la maladie ne se propage pas au corps du testicule, elle n'est pas fâcheuse, et la résolution vient ordinairement. Au reste, l'emploi des moyens anti-phlogistiques, c'est-à-dire, des saignées générales et locales, les cataplasmes, les bains de siége, le repos absolu, la di ète, les lavements et les purgatifs, font disparaître assez vite ce genre d'engorgement.

Les engorgements chroniques sont des affections bien plus funestes, pour l'organe, que les précédents, parce qu'ils passent aisément à l'état squirreux ou cancéreux, et la résolution se fait très-difficilement. Ces engorgements parfois parcourent très-rapidement leurs périodes; d'autrefois, ils restent stationnaires pendant nombre d'années. Leur marche est irrégulière, enfin, il n'y a pas peut-être de maladie qui soit sujette à plus de variétés que celle-là, tant par rapport à la manière dont elle se manifeste d'abord, que par rapport aux changements qu'elle peut éprouver ensuite. L'engorgement chronique attaque les personnes âgées ; les sujets jeunes et adultes n'en sont pas exempts, mais il faut que la phlegmasie locale soit entretenue par l'irritation d'un organe voisin; de plus, il faudra ajouter le tempérament lymphatique ou scrophuleux. Le plus souvent il se présente à la suite d'une inflammation aiguë, d'un vice vénérien, ou scrophuleux, et même il peut exister sympathiquement, comme, par exemple, dans la lésion du canal de l'urètre. Le testicule, attaqué d'un engorgement chronique, présente les symptômes suivants: Il est indolent, lisse, uniforme, dans le début un peu molasse, après il devient quelquefois dur et bosselé, *état difficile à distinguer du cancer* : ordinairement il n'acquiert pas un volume très-considérable, fréquemment on rencontre les deux testicules engorgés à la fois. L'épididyme est souvent affecté le premier, le scrotum est ordinairement sain. L'expérience a démontré que les personnes, atteintes d'un engorgement chronique, ont quelquefois gardé toute leur vie, à l'aide d'un suspensoir, l'organe, sans qu'il prenne aucun mauvais caractère. Pour remédier à ces

genres d'engorgements, il faudra, du premier abord, combattre la cause; après, un régime approprié à l'état général; le repos, le suspensoir, les résolutifs et les fondants conviennent; on peut même exposer le testicule à la vapeur de l'eau vinaigrée, en appliquant après les cataplasmes résolutifs. Quelquefois il est nécessaire d'avoir recours aux frictions mercurielles, de l'hydriodate de potasse, du liniment ammoniacal; et si, à toutes ces médications, l'engorgement persiste, on doit en venir à la castration.

2° L'état scrophuleux des Testicules.

Le testicule est susceptible d'affection scrophuleuse. Les tubercules peuvent être logés dans la substance propre de l'organe, c'est-à-dire, dans les intervalles celluleux des conduits séminifères, ou dans l'épididyme, ou en dehors de l'organe. L'engorgement scrophuleux a une marche lente, presque sans douleurs; la peau conserve sa couleur naturelle et la maladie se présente sous la forme de tubercules en masses isolées, dures, granulées, globuleuses, mobiles sous la peau. Les tubercules, après un certain temps, se ramollissent en présentant une fluctuation avec ulcération au scrotum, qui se fait à plusieurs reprises et successivement par lequel s'écoule un pus caséïforme, floconneux, tuberculeux, et que l'on peut parfaitement comparer à du petit lait mal clarifié. Le testicule peut rester bien de temps dans un état semblable, et n'incommoder le malade que par sa pesanteur. La cause provocatrice de ce genre d'engorgement est le plus souvent le vice scrophuleux; mais pourtant, il peut survenir après la suppression d'un écoulement urétral, à la suite de froissement et de contusions du testicule, et d'autrefois la cause reste tout-à-fait inconnue.

Le traitement de l'état scrophuleux demande plutôt l'emploi des moyens hygiéniques, que des médicaments. Dupuytren dit que ces moyens sont très efficaces, et les conseillait toujours; alors le malade doit se changer dans des lieux élevés, exposés à un air sec, se couvrir tout le corps avec de la flanelle, après les exercices, un régime fortifiant, et l'emploi de moyens propres à combattre le tempérament lymphatique, comme la teinture d'iode à l'intérieur ou en frictions. Le muriate d'or en frictions sur la langue, donne toujours des bons résultats. En même temps les toniques sont quel-

quefois très-nécessaires, et si la maladie persiste à l'emploi de tous ces moyens, l'opération devient sans retard indispensable.

3° L'état cancéreux des Testicules.

Le testicule affecté d'un cancer prend le nom de sarcocèle (*tumeur charnue*). L'expérience a démontré que l'engorgement cancéreux se manifeste très-rarement avant l'âge de 25 à 30 ans; on l'observe; mais, il est alors de nature inflammatoire, scrophuleuse, ou vénérienne, et d'après Boyer, Bayle, Velpeau et beaucoup d'autres auteurs, il est d'autant plus fréquent qu'on est plus rapproché de la vieillesse. Les sujets, entachés de diathèse cancéreuse, en sont exclusivement attaqués, mais la diathèse nécessite l'action d'une cause provocatrice, et cette cause occasionnelle ne nous fournit que des renseignements insuffisants. On a eu long-temps une idée fausse sur l'engorgement cancéreux du testicule, et on a compris, sous cette dénomination, non-seulement les indurations chroniques du testicule, mais, les indurations de la tunique vaginale et même certaines tumeurs du scrotum; d'où résultait une grande contradiction dans les auteurs pour le diagnostic, le traitement et la guérison de la maladie. Plus haut, nous avons parlé de la diathèse cancéreuse, comme cause principale de l'engorgement, mais en ajoutant une contusion, les froissements, l'effort, les excès dans les plaisirs de l'amour, etc., nous verrons l'engorgement cancéreux se manifester avec plus de rapidité.

Le sarcocèle se présente sous des aspects très-variables, tant pour le volume que pour sa forme, ses symptômes et sa marche, dont il est presque impossible de tracer une histoire générale, qui conviendrait à tous les cas individuels. Les observations ont démontré que le cancer attaque plus fréquemment les mamelles chez les femmes, que les testicules chez les hommes; et les enfants sont presque exempts de ce genre de maladie.

L'engorgement cancéreux, en général, attaque un seul testicule, pourtant on l'a vu se développer sur les deux, soit simultanément ou successivement. De préférence il se fixe sur le corps de l'organe, mais bientôt il gagne l'épididyme, qui souvent se confond avec le corps du testicule, et il est très-difficile quelquefois de le distinguer; enfin le cordon spermatique ne tarde pas à participer à l'engorgement. Quelquefois la maladie commence par l'épididyme

ou par le cordon; et ces derniers sont de plus mauvaise nature. Le testicule cancéreux est une tumeur qui ne surpasse presque jamais par son volume, celui de la tête d'un enfant naissant. Boyer dit avoir rencontré un sarcocèle de la grosseur de la tête d'un enfant de trois à quatre ans, le cordon était sain, l'opération a très-bien réussi, mais le malade mourut de dégénérescences cancéreuses du poumon et du foie. L'auteur donne un autre exemple où le volume du testicule était diminué, il extirpa l'organe avec un succès parfait, mais le canal déférent était affecté et le malade mourut d'autres tumeurs de nature cancéreuse dans l'abdomen. La tumeur est inégale et bosselée à sa surface, quelquefois uniforme, dure; ou très-dure dans certains endroits et molle dans d'autres; ronde ou oblongue; sans transparence et fluctuation; sans adhérence au scrotum dans le début de la maladie, plus tard adhérent à la tumeur; peu douloureuse au commencement; après, des douleurs très-vives, d'un caractère particulier, lancinantes et pongitives, que le malade ressent jusqu'aux reins; cette douleur est comme l'indice de la dégénérescence cancéreuse. Pourtant Boyer dit avoir fait l'ablation d'une tumeur de nature cancéreuse, où ce symptôme manquait.

Delpech, dans son ouvrage de chirurgie, dit: « Le testicule dans l'affection » cancéreuse est plus lourd que dans toute autre, et lorsque le malade est » debout et la tumeur abandonnée à son propre poids, elle surmonte com- » plétement l'élasticité du scrotum, descend fort bas, tombe perpendiculai- » rement dans l'intervalle des cuisses, et se trouve véritablement suspendu au » cordon spermatique; ce qui n'est jamais aussi marqué dans les affections » d'une autre espèce. »

A mesure que l'affection fait des progrès, le cordon spermatique s'engorge, durcit, et on remarque des nodosités douloureuses dans son trajet; mais ces nodosités ne se rencontrent quelquefois sur le trajet du cordon que dans le ventre; et l'espace du cordon au testicule jusqu'à l'anneau inguinal, est tout-à-fait sain; mais il ne faut pas confondre cet état du cordon spermatique avec le gonflement variqueux, l'œdème ou l'hydrocèle enkystée. Le gonflement variqueux nous présente : les vaisseaux du cordon mous, compressibles, souples, sans douleur et adhérence dans l'anneau. L'œdème du cordon disparaît sous la pression, et on reconnaît facilement les divers vaisseaux qui forment le cordon. L'hydrocèle enkystée du cordon est plus difficile à recon-

naître; mais, en examinant avec attention, on parvient à le bien distinguer ; il est inégal, dur, noueux, toutes les parties sont liées ensemble, la douleur est bien prononcée au toucher, la mobilité est bien gênée, et on passe le doigt autour de lui difficilement.

Dans certains cas, le cordon n'est ni dur, ni plus gros, mais le canal déférent est attaqué et rempli d'une matière blanchâtre, stéatomateuse. Boyer regarde ce symptôme comme une contre-indication de l'opération, et dit : « En examinant le cordon spermatique, on doit donner une attention particu- » lière à l'état du canal déférent. Quelquefois il est plus gros, pendant que » le cordon est sain ; cet état du canal déférent n'est pas une contre-indication » précise de l'opération ; mais il doit faire craindre la récidive de la maladie, » et j'ai remarqué que tous les malades qui avaient le canal déférent plus gros » et rempli d'une matière blanchâtre, sont morts après l'opération avec des » tumeurs cancéreuses dans l'abdomen »

Les douleurs deviennent plus vives et plus fréquentes. Le scrotum est aussi attaqué à son tour, il change d'abord de couleur dans certains endroits, puis s'enflamme, s'amincit et donne le siége à un ulcère arrondi ou irrégulier avec les bords renversés, durs; le pourtour est d'une couleur rouge brune ou grisâtre; donnant issue à une matière fétide et ichoreuse, qui irrite et excorie les parties voisines. Quelquefois il sort, par cet ulcère, un fongus qui est sujet à de fréquentes hémorrhagies. Les veines sous-cutanées se dilatent et deviennent variqueuses, les glandes lymphatiques de l'aine s'engorgent et deviennent douloureuses; après, perte d'appetit et de sommeil, le visage est décomposé et grippé, la peau pâle et plombée, les traits expriment la tristesse et la souffrance, les muscles deviennent flasques ; enfin, la fièvre, les coliques, la diarrhée mènent le malade au dernier degré du marasme, et il meurt dans les tourments les plus affreux.

Le sarcocèle est très-souvent compliqué avec une accumulation de sérosité dans la tunique vaginale, la maladie prend alors le nom d'hydrosarcocèle, elle est très-variable dans sa nature. Le testicule peut être séparé par de cloisons membraneuses, dans lesquelles se trouvent de la sérosité, du pus, de la mucosité ; ou une matière sanieuse, très semblable à la lie de vin. Et on peut le prendre pour un abcès enkysté du tissu propre de l'organe. La tunique vaginale est souvent adhérente au testicule, et l'organe présente

une matière squirrheuse, d'un blanc grisâtre, plus ou moins solide, ou, on rencontre une substance cérébriforme, pultacée, rougeâtre, semblable à la gélée de groseille. Mais, en examinant le testicule par derrière, on évite l'erreur, et si on le trouve endurci, bosselé, et augmenté de son volume, on préjuge d'une dégénérécence cancéreuse. *Secundo*, on peut examiner l'état du testicule au moyen de la lumière, si le liquide contenu dans la tunique vaginale est transparent; mais si la tunique vaginale à une épaisseur considérable, et si le liquide est épais et brunâtre, le diagnostic est très-difficile, parce que la tumeur n'offre ni transparence, ni fluctuation, et est très-dure et égale. Enfin la ponction exploratrice est très-souvent nécessaire, et par elle on est sur de reconnaître la nature de la maladie.

Le cancer de la tunique albuginée est presque imposible à distinguer du sarcocèle du testicule; mais cela est très-indifférent, parce que tous les deux exigent l'opération de l'ablation de l'organe. Delpech nous rapporte un exemple d'un testicule scrophuleux très-semblable à un cancer, et dit: « Nous avons vu des ulcérations scrophuleuses se couvrir des fongosités » charnues, volumineuses, douloureuses, saignantes au moindre contact, ayant » donné lieu à un engorgement dur du cordon spermatique, qui s'étendait » dans l'abdomen, guérir enfin par les seules forces de la nature, après » avoir causé les plus vives alarmes. »

Il y a un cas très difficile, où il est presque impossible de distinguer le sarcocèle à l'état d'induration chronique au début de la maladie, et très souvent on prend l'un pour l'autre.

Enfin, le sarcocèle, comme beaucoup d'autres affections, au commencement de son développement, nous offre des caractères très incertains; mais quand la maladie a déjà parcouru ses premiers degrès, le diagnostic ne nous offre pas de difficulté, parceque les douleurs, la couleur de la peau, la maigreur et tant d'autres caractères distinctifs que nous avons démontrés plus haut, nous font trop distinguer la maladie pour prononcer un faux diagnostic. Mais quel avantage avons nous dans ce moment, si nous ne pouvons pas arretér la maladie dans sa marche, ni porter un secours sûr et très souvent l'opération même ne peut être praticable.

L'engorgement véritablement cancéreux ne peut être gueri par l'usage d'aucun reméde. Dès que la nature de la maladie est bien reconnue par le

chirurgien, l'opération devient indispensable; si toutefois la maladie ne s'étend pas au cordon spermatique au dessus du canal inguinal, et si l'excision ne peut-être pratiquée sur les parties saines du cordon, en même temps il faut examiner avec une attention particulière l'état du canal déférent, parce que s'il est affecté on a à craindre la récidive, et le malade meurt avec des tumeurs de nature cancéreuse dans l'abdomen. L'age très avancé du malade, son extrème faiblesse; la maladie déjà ancienne et trop avancée; des douleurs qui se font sentir aux reins et au ventre; l'affection simultanée des deux testicules; d'autres tumeurs suspectes de la même nature; la persistance de l'affection générale qui entretient le mal local; dans tous ces cas l'opération n'offre que des chances fâcheuses, et elle est contre-indiquée. Alors, il faut recourir au traitement palliatif général, mis tous les jours en pratique contre les affections cancéreuses.

Avant l'opération, il faut se munir d'un appareil nécessaire : 1° d'un bistouri droit et un convexe sur son tranchant; 2° d'une pince à disséquer; 3° d'aiguilles courbes avec des fils cirés et des bandelettes agglutinatives; 4° de linge, de charpie, de compresses et de bandes. Une fois l'appareil préparé, on procède à l'opération.

L'amputation du testicule comprend trois temps bien distincts : 1° L'incision des enveloppes et l'isolement du sarcocèle; 2° la section du cordon et l'application des moyens hémostatiques ; 3° le pansement.

Premier temps ou l'incisision. — Après avoir rasé le scrotum et les environs du canal inguinal, le malade couché horizontalement sur une table ou sur un lit, l'opérateur placé du côté droit, saisit la peau au niveau du cordon, la souléve en un pli transversal, dont un aide soutient une des extrémités et l'autre est maintenue par lui à l'aide du pouce, et l'indicateur de la main gauche; après il la divise parallèlement au cordon et en même temps l'incision doit correspondre à la partie moyenne de la tumeur, depuis un démi-pouce environ au-dessus de l'anneau inguinal jusqu'à la partie la plus basse du scrotum; de haut en bas et du dehors en dedans, et si l'incision n'est pas suffisante, on l'agrandi au moyen de la sonde cannelée. Elle doit embrasser toute la longueur, parceque, en haut, elle facilitera le dégagement et la section du cordon, et en bas on évitera un cul-de-sac, dans lequel se ramasserait du pus, qui retarderait la guérison de

la plaie. L'incision sera simple et droite, si la maladie est propre au testicule; et elle aura une forme d'ellipse, si elle a envahi ses enveloppes; ses deux branches circonscriront la partie affectée. Une fois que la peau et les couches qui la doublent, sont incisées, on sépare avec le doigt ou avec le bistouri. *B. Bell, J. L. Petit* preférent employer le doigt, car non seulement de cette manière l'opération se fait plus rapidement, mais encore ils prétendent que les vaisseaux coupés fournissent beaucoup plus de sang, que quand on les déchire. M. *Velpeau* employe avec avantage le bistouri convexe à son tranchant, il parcourt toute la circonférence de la tumeur; mais il y a des précautions à prendre : 1° ne pas porter l'instrument trop près des corps caverneux de la verge ou de la cloison du dartos; 2° ne pas blesser l'urètre ou le testicule sain. MM. *Boyer, Dupuytren, Velpeau* et plusieurs autres, conseillent d'enlever une certaine quantité de la bourse avec le testicule, si la tumeur est très-volumineuse, parce que la trop grande étendue du scrotum rendrait la guérison longue et difficile. Alors, une incision elliptique doit être pratiquée, et comprendre un lambeau cutané plus ou moins large suivant la grosseur de la tumeur. Dès que la tumeur est parfaitement séparée, on dégage le cordon spermatique des parties environnantes jusqu'à l'anneau inguinal, en coupant le tissu cellulaire; quelquefois même il faut le poursuivre dans le canal, s'il a subi le mal du testicule. Quelques praticiens font l'incision sur la face inférieure de la tumeur—*Aumont*, le premier, a proposé de la pratiquer à cette face, par la raison que le pus pourra plus facilement découler, et en outre, que les altérations de la peau se rencontrent plus souvent en dessous. MM. *Roux* et *Velpeau*, etc., etc., ont essayé l'opération de cette manière; mais ils ont trouvé plus d'inconvenients dans l'isolement du cordon jusques dans le canal inguinal, que dans le procédé généralement adopté, où le pus peut également couler par l'angle inférieur de la plaie.

Deuxième temps. — Une fois arrivé au moment où la tumeur et le cordon spermatique sont parfaitement mis à découvert, il ne reste qu'à couper ce dernier pour enlever le mal. Mais, c'est sur ce point que les opinions des chirurgiens se divisent. Les uns font la ligature après la section; les autres, avant, et d'autres ne la pratiquent pas du tout; et chacun a encore divers procédés.

J.-L. Petit coupe le cordon spermatique un peu plus long et le renverse

sans faire la ligature sur le pubis, en exerçant une légère pression avec une compresse de la longueur de deux pouces, et d'un demi-doigt d'épaisseur, assez étroite, mais, cependant, qui couvre le cordon, pour pouvoir entrer dans la plaie; après, il met des bourdonnets sur la compresse, et il garnit le scrotum avec de la charpie; enfin, il enveloppe le tout de compresses, en en mettant une plus épaisse sur l'endroit du renversement du cordon, pour faire une légère compression sur lui, capable d'arrêter l'hémorrhagie, aussi dit-il : « Plusieurs » observations m'ont confirmé dans la pensée où j'étais déjà, que, dans la » castration, il est des cas où l'on peut se passer de faire la ligature du cordon : » il en est même où cette ligature serait nuisible, et c'est pour cela que je ne » la fais point, surtout lorsque les malades, avant l'opération, ont été fatigués » des douleurs des reins : j'avais remarqué que la tension du ventre, et les » autres accidents, dont je viens de parler, y surviennent ordinairement, et » font périr le malade. »

Pouteau renverse simplement le cordon spermatique sur le pubis, en faisant faire un angle à l'artère spermatique.

Runge le tordait plusieurs fois sur lui-même.

Les chirurgiens qui ont fait la ligature avant la section du cordon spermatique, comme *Paul d'Égine*, *Purman*, *Barbette*, *Haenel*, *Acrel*, *Gauthier*, *Reveton*, *Paré* et plusieurs autres, ne s'accordent pas seulement sur le point de la ligature, mais encore sur la constriction et même sur la ligature en masse on en partie, et quelques-uns d'eux, comme *Paré*, laissent le canal déférent tout-à-fait libre. Quant à la constriction, les uns la font sur-le-champ et aussi forte que possible; les autres, au contraire, en exercent une très-légère, et d'autres font une constriction graduelle. Enfin, quelques-uns conseillent de faire la ligature par moitié du cordon; mais on risque de blesser une artère. *Theden*, *Flajani* et *Pelletan* interposaient, entre la ligature et le cordon, une petite plaque de plomb ou une compresse.

D'autres chirurgiens, qui préfèrent la ligature après la section du cordon, se partagent aussi beaucoup dans le soin que réclame ensuite le cordon. *Cheselden* lia les artères isolément. *Le Dran* a fait une ligature d'attente, en froissant les vaisseaux au-dessous d'elle, et, dans le cas d'hémorrhagie, il serrait le fil pour l'arrêter. MM. *Bichat*, *Roux* et *Ch. Bell* divisent le cordon jusqu'au canal déférent et lient les artères avant de trancher le conduit séminal.

Quelques praticiens veulent qu'on sépare, avec les doigts, les artères des nerfs, du cordon spermatique et du canal déférent, en faisant la ligature des artères. Ce procédé est difficile à exécuter, parce qu'il est presque impossible de séparer les vaisseaux sanguins des nerfs. Quant au canal déférent, il est inutile de prendre cette précaution, parce que la sensibilité du canal est à peine perçue.

MM. *Boyer*, *Dupuytren*, *Delpech*, *Roux*, *Lallemand*, *Velpeau* et beaucoup d'autres chirurgiens des nos jours ont adopté les principes de *Cheselden* ou de *Bromfield*, c'est-à-dire la ligature du cordon spermatique isolée ou en masse; et le cas citée par *Morand* (1) où la ligature a été faite en masse, l'individu est mort tétanique; mais M. *Couroné* nous présente un autre cas où, à la suite de l'opération, l'individu était mort du tétanos, et pourtant le cordon était lié avec une ligature isolée. Alors il est très-indifférent de faire la ligature en masse ou en partie, parceque les accidens tétaniques, survenus après la castration, ont été attribués par quelques auteurs à la ligature en masse; ces accidens sont tout-à-fait nuls et dépendant d'autres causes.

Zeller et *Kern* très-connus en Allemagne et en Autriche autrefois, procédèrent à l'opération de la manière suivante: ils embrassérent toute la tumeur avec la main gauche, firent retirer la peau un peu au dessus par un aide, et avec un seul coup de bistouri enlevèrent toute la tumeur, après ils mirent au fond de la plaie une éponge imbibée d'eau froide pour arreter l'hémorrhagie; mais cette méthode ne peut pas être appliquée toujours, parcequ'elle présente trop d'inconvéniens: 1° on ne peut pas examiner le cordon, ni les limites du mal; 2° on risque l'ouverture du péritoine; 3° de blesser l'artère épigastrique et les vaisseaux iliaques.

Enfin *Smett* et *Schliting* et d'autres chirurgiens disent, que tant de précautions sont inutiles, ils donnent pour exemple les individus qui se font seuls cette opération, et cependant ils ne meurent par d'hémorrhagie.

Jusqu'à présent nous avons démontré les divers procédés employés par les chirurgiens dans l'amputation des testicules; il nous reste à examiner, quel est réellemnt le plus avantageux, le plus sûr et le plus facile à exécuter.

---

(1) Opusc. de Chirur., 2e partie, pag. 173.

La ligature en masse est certes la plus facile; mais il y a des praticiens qui lui reprochent: 1° le grand danger d'embrasser dans la même ligature les filets nerveux (genital-crural, plexus rénal) et le canal déférent qui peuvent produire des douleurs très-fortes dans la région lombaire, des convulsions, la tuméfaction du ventre, des nausées, des hoquets et même le tétanos; 2° la ligature peut-être relâchée facilemnt en renfermant tant d'élements divers, d'où la constriction des artères sera insuffisante; 3° elle reste quelquefois trop à couper les parties du cordon et tarde à être enlévée de la plaie; mais à toutes ces objections on repond facilement: la douleur vive, il est vrai, existe, mais momentanément; si la constriction est forte, l'hémorrhagie n'arrivera jamais par les vaisseaux ainsi étranglés. Quelquefois il arrive qu'un abcés se forme dans le tissu cellulaire du cordon, mais souvent il s'ouvre seul ou sinon il faudra faire l'incision. Au reste, comme nous l'avons déja dit plus haut tous ces accidens sont à craindre presque pour toutes les méthodes.

La ligature en partie ou isolée, prolonge l'opération et présente plus de difficultés; 2° pendant que l'opérateur cherche les artères, le canal spermatique peut s'échapper des doigts, se contracter et se retirer très-haut sous les téguments conservés, comme cela arriva à M. Professeur Roux. Ces deux méthodes sont applicables; on laisse au choix du chirurgien la première ou la seconde; parcequ'il y a des cas où la ligature isolée est tout-à- impossible à pratiquer. Boyer en cite des cas où les artères étaient tellement enfoncées, qu'il a été impossible de les saisir pour les tirer en dehors.

La manière de pratiquer la section est indifférente. Les uns veulent en bec de flûte, d'avant en arrière ou vice-versa, les autres perpendiculairement à son axe. Les instruments employés pour la section, sont: pour *Roger* de *Parme*, *Brunus* et d'autres, l'emploi du fer rouge; pour *Scultet*, les ciseaux, et les chirurgiens des nos jours donnent la préférence au bistouri, en procédant à l'opération de la manière suivante :

Le chirurgien avec le pouce et l'indicateur de la main gauche au-dessous de l'anneau inguinal, saisit le cordon, un aide souléve et soutient la tumeur, afin que le cordon ne soit point tendu, et il coupe d'un seul coup de bistouri le cordon, il fait après la ligature isolée des artères et du cordon Il doit ensuite examiner la surface de la plaie avec une attention particulière pour qu'aucune artère n'échappe à ses yeux, parcequ'il arrive très souvent que

les vaisseaux coupés se rétractent, et même l'état de spasme du malade pendant l'opération suspend l'hémorrhagie. Enfin on ramasse touts les fils des ligatures et on les enveloppe dans un linge pour les placer dans l'angle supérieur de la plaie, on couvre cette surface avec un linge fin et on remplit le scrotum avec de la charpie, comme aussi les espaces du scrotum et des cuisses. En même temps, il faut regarder si le scrotum est trop étendu, on doit l'inciser de nouveau, parceque le muscle crémaster et le dartos, n'étant pas tout-à-fait détruits, parviennent à causer le renversement en dedans et s'opposent à la guérison.

Il y a des cas où le chirurgien trouve le testicule cancéreux logé dans le ventre, et le procédé ordinaire ne peut être mis en usage. Alors, on incise la peau suivant le plus grand diamètre de la tumeur, on la découvre jusqu'à sa base en la séparant des parties adhérentes, et on arrive à découvrir le cordon, qui est très-court, on le coupe par portion, et on fait à mesure la ligature des artères ouvertes.

Troisième temps ou le Pansement. Les anciens avaient recours à la suture et à la réunion immédiate ; vers la fin du 17me siecle on reunissait la plaie par seconde intention. Après, quelques chirurgiens, comme Delpech, revinrent à la méthode ancienne, mais je n'ai pas trouvé dans l'ouvrage de M. le professeur *Serre*, ni dans d'autres, un pareil cas de réunion immédiate, parcequ'ici il faut faire la torsion de tous les vaisseaux, mettre en contact parfait les bords de la plaie, ce qui est presque impossible, que les lèvres de la plaie se touchent assez exactement et avec assez de force, pour qu'il ne se fasse aucun épanchement de sang, qui s'oppose à la réunion du fond de de la plaie.

La méthode la plus usitée est : de couvrir toute la plaie avec un linge fin enduit de cérat; on garnit le scrotum et les côtés avec de la charpie, après on place les plumasseaux, les compresses longuettes, et le suspensoir ou le spica double complètent le pansement.

Les accidens à craindre sont les mêmes que dans toutes les grandes opérations. L'hémorrhagie est très souvent arrétée par l'application de l'eau froide ou de l'eau de saturne sur l'appareil, mais si elle devient plus forte et commence à menacer le malade, il faut defaire l'appareil, enlever les caillots avec une éponge fine, lier les artères, avoir récours au tamponnement, aux stiptiques, et même quelquefois à la cautérisation.

Il y a des cas où le bout du cordon ne cesse pas de vivre, parceque la constriction de la ligature n'était pas assez forte, il se transforme alors en un bourgeon rougéâtre. Dans ces cas *J. L. Petit* conseille de faire une seconde ligature. M. *Velpeau* et d'autres chirurgiens disent, qu'avec le temps la ligaturele coupe; et appliquant après les astringents et les caustiques, on finit par le detruire. Dans beaucoup de cas une inflammation très-intense se manifeste, qui ne céde à aucun réméde antiphlogistique, et la gangrène survient avec un foyer purulent, dont il faut faire l'ouverture, quelquefois même le péritione est attaqué. Mais entre tous ces accidens le plus à craindre c'est le tétanos qui amène toujours un résultat très-funeste pour le malade.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Du Condensateur et de sa Théorie.

On appelle condensateur l'appareil composé de deux plateaux métalliques, arrondis et polis, séparés par un plateau de verre d'un diamètre plus grand, pour accumuler une quantité d'électricité. Le plateau supérieur est muni d'un manche isolant, et l'inférieur repose sur un pied conducteur. Pour charger le condensateur, il faut faire communiquer le plateau supérieur avec la machine électrique, l'inférieur doit être en communication avec le sol, en ayant soin de bien chauffer et bien essuyer l'humidité qui se dépose sur le plateau de verre, parce qu'elle établira une communication entre les plateaux métalliques, et elle s'opposera en même temps à l'accumulation de l'électricité. Ayant ainsi préparé l'appareil, le plateau supérieur du condensateur se couvrira d'abord, par le moyen de la machine électrique, de fluide positif; après, il agira sur le plateau inférieur à travers le plateau de verre, et décomposera son fluide naturel en positif et négatif, ou, le fluide négatif sera attiré par le verre, et le positif refoulé dans le sol. Le fluide négatif du plateau inférieur, réagissant sur le fluide positif du plateau supérieur, neutralisera une partie de son action, et, par ces effets, l'équilibre électrique se rompra entre le plateau et la source, et le plateau pourrait recevoir une nouvelle quantité du fluide positif d'électricité, qui, agissant comme le premier, sur le fluide naturel du plateau inférieur et en le décomposant en positif, refoulé dans le sol, et négatif, ramassé sur le plateau, qui agira de nouveau sur l'électricité positive du plateau supérieur à travers le plateau de verre, détruira en second lieu, l'équilibre électrique. Au moyen donc de ces neutralisations successives, on peut accumuler sur le condensateur une certaine quantité d'électricité, qui encore dépendra de la tension de la source électrique et de l'épaisseur du plateau de verre interposé entre les plateaux métalliques.

Une fois le condensateur chargé, en présentant le doigt ou tout autre corps conducteur, on verra se dégager une étincelle du plateau supérieur, après,

on tire une seconde du plateau inférieur, et en tirant les étincelles alternativement des deux plateaux métalliques, on viendra au point où le condensateur perdra tout-à-fait son électricité. Il faut commencer toujours par le plateau supérieur, parce que l'électricité de ce plateau est plus forte, comme étant en plus grande quantité et plus proche du conducteur. Nous avons vu la décharge graduelle du condensateur, qui peut également, au moyen de l'excitateur, faire cette opération subitement, en touchant et communiquant avec les branches de l'excitateur les deux plateaux du condensateur. On pourra également faire communiquer les plateaux en les touchant avec les deux mains, mais la forte commotion pourrait être dangereuse.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Déterminer si toutes les membranes, dites muqueuses, sécrètent un mucus composé de globules analogues.

Les membranes spongieuses, veloutées, molles et humides, qui tapissent toutes les cavités, et communiquent en dehors avec la peau, sont les membranes muqueuses. Autrefois on avait donné à ces membranes les noms de pituitaire, villeuse, fongueuse, folliculeuse, pulpeuse, glanduleuse, etc. etc.; plus tard les recherches anatomiques et chimiques ont demontré que toutes offraient une structure identique, et que le mucus sécrété par ces membranes avait une analogie avec celui de l'épiderme.

Bichat, le premier, dans son traité d'anatomie générale, a démontré cette vérité, et divisa toutes les membranes muqueuses en deux grandes parties: une, qui tapisse le canal alimentaire (gastro-pulmonaire), l'autre, qui revêt les voies génitales et urinaires (génito-urinaire). Dans la membrane muqueuse nous avons à examiner deux surfaces: 1° *Externe adhérente* ou *tunique nerveuse* de quelques anatomistes, ou *sous-muqueuse* de Bichat, est résistante, fibreuse et blanche, sans graisse et sérosité dans l'état normal, infiltrée de sérosité dans l'œdème général, ou dans la gêne de la circulation veineuse abdominale. Cette surface est recouverte par une couche musculaire, (canal

limentaire), ou un tissu élastique, (poumons), ou un tissu ligamenteux ou fibreux, (la voûte palatine, les fosses nasales *etc.*).

2° (*Interne* ou *libre*, c'est sur elle que passent tous les corps étrangers, et elle répresente : A.) *Des valvules*, formées de la membrane répliée sur elle même, du tissu cellulaire sous-muqueux et des couches musculaires (le voile du palais, l'ouverture de larynx, la valvule pylorique *etc.*) - B.) *Des plis*, formés par l'adossement de la membrane muqueuse, (les valvules connivents des intestins grêles, la face interne des vésicules, séminale et biliaire) - C.) *Des rides*, leur grandeur et épaisseur est variable, parcequ'elles dépendent de la dilatation et de la contraction de l'organe, (la trachée-artère, l'œsophage, l'estomac, le vagin *etc. etc.*) - D.) *Les dépressions*, d'une forme cellulaire, très-petites, infundibuliformes, dans lesquelles se logent des corps très-petits avec un orifice et un fond renflé, isolés ou réunis, sécrétant le mucus sur la surface libre de la membrane muqueuse et nommés papilles. E.) *Les saillies* ou *villosités* sont de petits prolongemens folliacés de la membrane, de longueur et de largeur variable ; on les remarque sur toute la surface libre de la membrane muqueuse. La consistance et l'épaisseur de la membrane muqueuse est variable dans l'état norm alet plus encore dans le cas d'inflammations chroniques.

Toutes les membranes muqueuses rejettent au dehors une substance sous forme plus ou moins liquide nommée *mucus*. Les recherches chimiques jusqu'à nos jours n'ont pas signalé un caractère distinctif entre les produits de ces membranes : comme par exemple, le mucus des fosses nasales pendant le rhume de cerveau, est tout-à-fait analogue dans son organisation avec celui des expectorations du catarrhe bronchique. En outre, il ne faut pas confondre le mucus avec les produits anormaux, et le liquide muqueux avec les fausses membranes. Les recherches microscopiques de M. Maudt ont demontré que tous les épanchements et le mucus, se composent de globules très analogues à ceux du pus. D'une forme mamelonée, sphérique, lenticulaire, compressibles, de grandeurs différentes, réunis en paquet, collés les uns contre les autres, plus ou moins transparents, nageant dans un liquide visqueux et souvent de forme elliptique. Dans le mucus, on trouve toujours le debris d'épithélium qui est évacué au dehors avec la mucosité.

M. Raspail, dans sa chimie organique, dit : « Cette substance, mélange

» variable à l'infini de tissus qui se désagrègent et se désorganisent, et
» de liquides albumineux, sucrés et salins, élaborés par les tissus intègres,
» appelle de nouvelles recherches, mais de recherches dirigées d'après la
» nouvelle méthode, et l'auteur qui les entreprendra, devra se condamner
» à ne rien publier, que lorsqu'il aura trouvé le moyen de constater une
» différence réelle et constante entre divers mucus élaborés par les diverses
» membranes muqueuses. Car jusqu'à ce jour la chimie n'a pas signalé le
» moindre caractère distinctif entre le produit liquide des surfaces buccales,
» et celui des surfaces pulmonaires, bronchiques et nasales, et même entre
» celui des surfaces muqueuses génitales, prises un peu plus haut que les
» orifices des organes sexuels. » etc. etc.

SCIENCES CHIRURGICALES.

Quelles sont les contre-indications a l'amputation du testicule?

Voir page 13.

Comment doit être pratiquée l'amputation du testicule?

Voir page 13 et les suivantes.

SCIENCES MÉDICALES.

De la configuration du col dans ses rapports avec la Séméiologie.

Intermédiaire à la poitrine et la tête, le col est en quelque sorte le pédicule de cette dernière. Sa forme est irrégulièrement cylindrique; il est convexe en avant et sensiblement aplati en arrière. Sa direction est légèrement convexe antérieurement et dépend uniquement de la direction de la portion cervicale du rachis qui forme le squelette de cette partie du corps. Les limites supérieures, sont: la base de la mâchoire inférieure en avant, et la protubérance occipitale externe en arrière; inférieurement il est borné en avant par le sternum et les clavicules, et en arrière par l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale.

Le col renferme plusieurs organes indispensables à la vie, comme la moëlle épinière, le larynx et la trachée-artère, pharynx et œsophage; en outre, il l'emporte sur les autres parties du corps par le nombre et par le développement de ses vaisseaux et de ses nerfs; il est sillonné par eux dans toutes les directions, pourtant les plus importans ne lui appartiennent qu'en passant, et sont destinés aux autres parties. Cette disposition anatomique nous démontre que la séméiologie doit tirer un nombre de signes de cette partie du corps; mais, n'ayant à nous occuper que de ses rapports avec la configuration du col, nous passerons sous silence les autres qui peuvent se présenter.

Les arrêts de développement qui peuvent survenir à des époques plus ou moins rapprochées de celle de la conception, expliquent les principaux vices de conformation du col; ainsi, 1° son absence totale, nommée par Béclard *abrachio-céphalie*, monstruosité dans laquelle le corps est réduit à sa partie thoracique et aux membres pelviens; 2° l'absence de sa moitié supérieure *atrachélo-céphalie* de Béclard, dans laquelle on rencontre seulement la partie inférieure du col ainsi que les deux membres thoraciques.

Le col conserve quelquefois chez l'adulte une longueur démésurable; cet état coïncide souvent avec une mauvaise conformation du thorax, et on le considère pour cette raison comme le signe d'une disposition à la phthisie pulmonaire. D'autres fois il reste très-court, gros, avec des épaules fortes et larges; cette conformation dispose aux hémorrhagies cérébrales, et constitue un des caractères de ce qu'on appelle *l'habitude apoplectique*. Mais les signes séméiologiques les plus importans que nous fournit la configuration du col, sont: sa déviation de la direction normale, et les différentes tumeurs développées dans cette partie.

La déviation du col, torticolis, est l'inflexion involontaire de la tête, à droite ou à gauche, en avant, ou, quoique très rarement, en arrière. Cette affection est ordinairement passagère; quelquefois cependant très prolongée, et dans quelques cas permanente; elle peut être la suite des maladies, tantôt des parties dures, tantôt des parties molles. Dans le premier cas, elle dépend de la carie des vertèbres cervicales, leur luxation, et le plus souvent, elle est la suite du rachitisme. On reconnaît cet état, quand le col ne peut pas être réduit à sa direction normale et surtout la connaissance des causes qui ont amené cet état, et la présence d'autres symptômes qui accompagnent le

rachitisme etc. , etc. Les maladies des parties molles qui peuvent produire le torticolis, sont : les tumeurs développées sur un côté du cou, les spasmes ou la paralysie de quelques-uns des muscles de cette région, et le plus communément l'inflammation de ces mêmes organes. Le torticolis, dépendant de l'inflammation, est très-peu grave, sa durée est courte; il est presque toujours provoqué par l'impression d'un air frais sur un des côtés du cou, surtout pendant le sommeil; quand les malades ont dormi dans une position génante, qui, maintenant quelques muscles dans une contraction forcée, a fini par les y fixer à l'état de spasme, et par les endolorir.

Le torticolis spasmodique est souvent le résultat d'une mauvaise position pendant le sommeil, il est peu grave; mais il n'en est pas ainsi quand il s'y joint la contraction de ces muscles, ce que l'on reconnait à leur dureté et à leur tension permanente, c'est presque toujours l'un des *sterno-mastoïdiens* qui est malade. Le torticolis, dépendant de la paralysie des muscles d'un côté du cou (et c'est encore le plus souvent le sterno-mastoïdien), se reconnaît par la flaccidité de ce muscle, et au peu de résistance qu'oppose le muscle antagoniste à l'effort qu'on fait pour ramener la tête à sa rectitude naturelle. Enfin, le torticolis peut dépendre des cicatrices qui succèdent à la désorganisation d'une grande étendue de la peau, comme à la suite des brûlures. Quelquefois il résulte d'une mauvaise habitude de tenir la tête du côté, ce qui est surtout nuisible aux enfans, car alors les vertèbres irrigulières peuvent être divisées et le mal deviendrait irrémédiable.

Dans quelques circonstances, il se développe une tumeur plus ou moins considérable sur la partie antérieure et moyenne du cou, entre la peau et la trachée-artère; cette tumeur est due au gonflement de la glande thyroïde et du tissu cellulaire environnant. Cet état du cou est un des signes du goître, dont les degrés varient à l'infini. Le plus souvent le goître n'est qu'un signe d'un vice scrophuleux; cependant, il peut être accidentel, et ne dépend que d'un simple engorgement de la glande thyroïde; quelquefois, dans le sexe, il est symptomatique de la grossesse ou du travail de la puberté : alors, il se dissipe avec l'accouchement ou à l'apparition de la menstruation. M. Double cite un cas de gonflement extraordinaire du cou, résultant d'un engorgement considérable de la cavité cérébrale. Le goître n'occupe pas toujours la totalité de la glande; il est borné quelquefois à sa partie moyenne, ou à l'une de ses

parties latérales, et même lorsque les deux parties sont engorgées à la fois, souvent l'une l'est beaucoup plus que l'autre. En général, lorsque la constitution du malade est forte et vigoureuse et que le goître n'est qu'accidentel, la tumeur est plus petite, plus circonscrite et occupe une partie seulement de la glande thyroïde : mais, si le goître est la suite d'un vice scrophuleux, ordinairement il embrasse alors non-seulement la glande, mais encore tout le tissu cellulaire environnant et peut prendre un accroissement monstrueux.

L'engorgement des glandes lymphatiques du cou est un des effets les plus ordinaires du vice scrophuleux et le signe le plus propre à déceler l'existence de ce vice. Les glandes, qui le plus souvent s'engorgent par l'effet de ce vice, sont celles qui se trouvent situées au-dessous des angles et de la base de la mâchoire inférieure; quoique toutes soient susceptibles d'être affectées d'engorgement scrophuleux. Ces glandes forment alors des tumeurs irrégulières plus ou moins dures, mobiles, indolentes, tantôt isolées, tantôt réunies en une masse bosselée; elles croissent avec beaucoup de lenteur, deviennent moins mobiles et restent pendant long-temps stationnaires; enfin, elles se résolvent, ou, ce qui arrive le plus souvent, elles suppurent. Lorsque ces glandes doivent suppurer, la peau change de couleur, devient livide et rougeâtre; la tumeur se ramollit et l'on distingue de la fluctuation; cependant cette suppuration s'établit très-lentement et on trouve souvent qu'une partie de la tumeur présente une fluctuation manifeste, tandis que dans les autres, le tissu de la glande conserve encore sa dureté primitive. Mais ce n'est pas toujours au vice scrophuleux qu'est dû cet engorgement des glandes lymphatiques; quelquefois il est produit par l'irritation; alors il est accompagné, au moins dans le commencement, de douleur, de chaleur, de tension et de roideur dans les parties voisines. Quelquefois aussi les glandes lymphatiques sont affectées d'un engorgement squirrheux, surtout celles qui avoisinent la glande maxillaire et la parotide; la glande alors est plus ou moins volumineuse, arrondie, circonscrite, mobile, dure, et souvent sa surface est un peu bosselée.

Les tumeurs anévrysmales des artères qui traversent le col, ou qui sont placées à la partie supérieure de la poitrine, peuvent changer sa configuration et donner des signes pour le diagnostic de certaines maladies. Ainsi, les anévrysmes des carotides seront facilement reconnus, par une tumeur développée sur le trajet de ces vaisseaux, et qui offre des pulsations qui se font sentir

dans toutes les directions, et dans quelque position que soit la tête; ces pulsations ne cessent qu'en comprimant le vaisseau malade entre la tumeur et le cœur. Les anévrysmes de la crosse de l'aorte, du tronc innominé, et de l'artère sous-clavière, peuvent aussi changer la configuration du col et confirmer ainsi le diagnostic de ces maladies; mais ce n'est que quand la maladie est assez avancée et que la tumeur anévrysmale fait saillie à la partie inférieure du cou.

Enfin toutes les tumeurs, auxquelles sont sujettes les autres parties du corps, peuvent attaquer le cou, comme le phlegmon, l'anthrax, la pustule maligne, le lipôme, les kistes séreux etc. etc. qui seront reconnaissables par leur caractères propres. Mais comme elles sont étrangères à notre question, nous les passerons sous silence. Seulement nous ajouterons, que quelquefois il faut prendre beaucoup de précautions pour faire bien le diagnostic de ces tumeurs; ainsi, lorsqu'une tumeur recouvre de grosses artères, elle présente les battemens qui pourraient la faire prendre pour un anévrysme. Cependant avec un peu d'attention, il est assez facile de distinguer ces états morbides; car dans les anévrysmes, les pulsations sont l'effet de la dilatation du sac anévrysmal et se font sentir dans toutes les directions; tandis que les battemens d'une tumeur, qui se developpe sur le trajet d'une grosse artère, dépendent d'un soulévement total de la tumeur, et se font sentir devant la tumeur et presque point sur les côtés; du reste en changeant la position du cou ou en déplaçant la tumeur, les pulsations cessent; car alors on éloigne l'artère de la tumeur.

FIN

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

Professeurs.

MM. CAIZERGUES, DOYEN.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL, PRÉSIDENT.	*Anatomie.*
DELMAS.	*Accouchements.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et Matière médicale.*
RIBES,	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE, *Examin.*	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*
ESTOR.	*Opérations et Appareil.*
BOUISSON.	*Pathologie externe.*

Professeur honoraire : M. AUG.-PYR. DE CANDOLLE.

Agrégés en Exercice.

MM. VIGUIER.
BATIGNE, *Examinateur.*
BERTRAND.
BERTIN.
DELMAS FILS.
VAILHÉ.
BROUSSONNET FILS.
TOUCHY.

MM. JAUMES.
POUJOL.
TRINQUIER.
LESCELLIÈRE-LAFOSSE.
FRANC.
JALLAGUIER.
BORIES, *Examinateur.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbaton.